

2. *Бодров В.А.* Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал, М., Наука, 1996, Т.17, № 4, С.64-74.
3. *Микиртумов Б.Е.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 252 с.
4. *Немов Р.С.* Психология. Кн. 3. М., 1999. 392 с.
5. *Савина Е.А., Чарова О.Б.* Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2002, №6, С. 15-23.
6. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

*Л.И. Колосова*

### **ПОДРОСТКОВАЯ ДЕПРЕССИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

К аффективным расстройствам у детей относят нарушения настроения (его подъем или спад), занимающие основное место в клинической картине болезни. В настоящее время аффективные расстройства у детей и подростков рассматриваются в рамках маниакально-депрессивного психоза [2]. D. Marcelli описывает особенности семиотики депрессии у подростков, дифференцируя при этом характерные депрессивные состояния - большой депрессивный эпизод, дистимию, «депрессивное настроение», и обращая внимание на проблему продолжения у взрослых депрессии, проявившейся в подростковом возрасте [8]. Частота встречаемости большой депрессии колеблется в пределах 5-7%. Показатель распространенности в подростковом возрасте достигает 15-20%. Дистимия встречается реже, частота ее около 5%; «депрессивное настроение» (угрюмость, мрачность, тревожно-депрессивный кризис или депрессивность) наблюдается у 30-40% подростков [7, 8].

#### *Виды депрессий, встречающихся у детей и подростков*

Депрессия – аффективный синдром, в основе которого лежит сниженное, угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное настроение. Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью (депрессивная триада), снижением витального тонуса, идеями неполноценности и самоуничтожения, разнообразными

соматовегетативными расстройствами. У подростков депрессия крайне редко соответствует классическим описаниям, выступая в диспропорциональной, атипичной и часто «маскированной» форме. Подростковая депрессия выступает в многообразных типологических вариантах, сопоставимых с таковыми у взрослых: в виде тоскливой, тревожной, боязливой, адинамической, дисфорической, соматизированной, анестетической и других депрессий.

У подростков чаще (19-20%) отмечаются амбулаторные формы депрессий, которые относятся к субдепрессиям. Таковыми являются: 1. Депрессия *адинамическая*, сопровождающаяся расстройствами энергетического полюса: снижение побуждений, бессилие, вялость, лень, слабость эмоционального отклика, сниженность настроения. 2. Депрессия *ажитированная* протекает с выраженным двигательным или речедвигательным возбуждением. Ажитация в подростковом возрасте возникает в основном на фоне тревожной или боязливой эндогенной депрессии в рамках циркулярной шизофрении или, реже, циклотимии. 3. Депрессия *анаклитическая* выражается замедлением физического и психического развития, повышенной подверженностью инфекционным заболеваниям. Подростки, страдающие анаклитической депрессией, становятся неконтактными, подавленными и апатичными. 4. Депрессия *анестетическая* сопровождается переживанием болезненного бесчувствия, утраты чувств, в том числе любви к близким, радости, печали, ужаса, мучительными переживаниями своей эмоциональной измененности. 5. Депрессия *астеноподобная* характеризуется утомляемостью, истощаемостью, раздражительностью, вспыльчивостью, вызывающим поведением, грубостью, драками, антидисциплинированными поступками, уходами из дома. 6. Депрессия *ипохондрическая* (сенесто-ипохондрическая) сопровождается патологическими телесными ощущениями. В выраженности ипохондрических расстройств в этом возрасте большую роль играют психогенные влияния: тяжелая болезнь или смерть близких ухудшает состояние подростка. 7. Депрессия «*маскированная*» (соматизированная, вегетативная, ларвированная) [1], для которой характерны: а) патологические ощущения, имитирующие органическую боль; б) проявления деперсонализации; в) собственно функциональные, разнообразные вегетосоматические расстройства; особой формой «маскированной» депрессии являются субдепрессивные состояния, протекающие с явлениями «соматопсихического синергизма» [3]. 8. Депрессия *обсессивно-фобическая* характеризуется сочетанием тревожно-депрессивного или тревожно-боязливого аффекта. В этом случае у детей и подростков чаще встречаются навязчивые сомнения, воспоминания,

фобии, страхи. В период депрессии появляются или усиливаются навязчивые движения и действия. 9. Депрессия *простая* характеризуется подавленностью, безрадостным настроением, скукой, желанием плакать. Приятные события не вызывают у подростков живой эмоциональной реакции, в то же время незначительные внешние отрицательные факторы вызывают значительное ухудшение самочувствия и настроения. 10. Депрессия *психопатоподобная*: для нее характерны грубость, дерзость, злобность, агрессивность, оппозиционность, повышенная возбудимость, деспотизм, истероидность, которые сопровождаются поведенческими нарушениями (пропуск уроков, бродяжничество, наркомания, иногда криминальные действия). 11. Депрессия *тревожная* сопровождается ощущением внутренней напряженности, беспокойства, тревоги. Подростки, имеющие этот вид депрессии, отличаются двигательным беспокойством, неусидчивостью, стремлением к перемене места; двигательное беспокойство сменяется моторной заторможенностью. 12. *Унлюст–депрессия* (Unlust -- D) представляет собой депрессивный синдром, клиническая картина которого характеризуется сочетанием ангедонии и преобладающего угрюмого настроения с мрачным недовольством собой и окружающими, придирчивостью, недоброжелательностью, неприязнью, враждебностью. Подростки, имеющие унлюст–депрессию могут издеваться, избивать слабых и безобидных членов семьи, даже любимых животных. У них преобладает тусклое, безрадостное настроение. Школьная дезадаптация усугубляется грубым нарушением дисциплины с вызывающим поведением. Для этой депрессии характерны суицидальные попытки, которые неожиданны, отличаются обдуманностью, обосновываются «сознательным отвращением к жизни». На фоне unlust – D у младших подростков нередко выявляются патологические фантазии садистского содержания.

*Экспериментальное исследование влияния  
подростковых депрессий на психосоматические заболевания  
в зрелом возрасте*

В исследовании изучалась выборка из 65 пациентов, имеющих такие заболевания, как гипертония различной тяжести и неврозы. Из общего количества больных - 35 пациентов отделения неврозов с истерическим, обсессивно-компульсивным неврозами и неврастениями (у 22 человек диагноз – неврастения, у 8 – истерический невроз и у 5 человек – неврастения с обсессивно-компульсивным неврозом). Больные неврозами за последние 8 лет пролечились в отделении неврозов по 2-3 раза. 30 пациентов - с диагнозом гипертония (8 человек - с легкой формой

гипертонии, 16 - человек с гипертонией средней тяжести и 6 человек - с тяжелой формой гипертонии). Многие больные находятся на стационарном лечении по 2-3 раза в год. Возраст пациентов от 22 до 56 лет, пол - женский. В клинической беседе у всех больных были выявлены подростковые депрессии, среди которых доминировали: адинамическая у 32 человек (49,2%); обсессивно-фобическая у 10 человек (15,3%); 8 человек перенесли в подростковом возрасте унылост-депрессию (12,3%), из них три человека имели выход на суицид; астеноподобную депрессию диагностировали у остальных 15 испытуемых (23,2%). Нами было выдвинуто предположение о том, что у пациентов, страдающих неврозами и соматическими заболеваниями, сформировавшимися на основе перенесенных депрессий в подростковом возрасте, возможно продолжение депрессий во взрослом состоянии. Для диагностики депрессии были использованы методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS) и опросник депрессии Бека (BDI).

Результаты диагностики полностью подтвердили наше предположение о продолжении депрессии подросткового возраста у взрослых. Таким образом, проблема формирования психосоматических заболеваний во взрослом состоянии на основе подростковой депрессии и проблема непрерывности, эволюции депрессии в течении всей жизни оказалась довольно существенной, причем если в подростковом возрасте суицидальные попытки отмечались у 3 человек из 65, то во взрослом состоянии в обследуемой группе было зафиксировано 19 случаев. Следовательно, вероятность самоубийства в зрелом возрасте более высока в том случае, если люди страдали депрессией в подростковом и детском возрасте. Наше исследование позволяет сделать вывод, что конкретные психологические проблемы подросткового возраста провоцируют возникновение определенных физических недугов, являющихся причиной развития психосоматических заболеваний во взрослом состоянии. Соматизированная депрессия очень многообразна. Так, например: аффект страха вызывает диабет; напряженная и безуспешная интеллектуальная деятельность – причина гастритов и язвы; неудачи в любви приводят к стенокардическим болям; сексуальные проблемы, неудовлетворенность провоцируют вегето-сосудистую дистонию и впоследствии гипертонию; кроме этого соматика отягощается депрессиями, которые продолжают во взрослом состоянии [6]. Получается заколдованный круг: подростковая депрессия – психосоматические заболевания во взрослом состоянии – формирование депрессии как продолжение подростковой депрессии во взрослом

состоянии. Диагностика депрессии у пациентов показала следующие результаты: 2 человека (3,07%) имеют «малый депрессивный эпизод», 18 пациентов имеют «субклинически выраженную депрессию» (27,7%), остальные 44 пациента имеют «клинически выраженную депрессию» (69,23%).

В табл. 1. представлены коэффициенты корреляции, полученные между показателями тяжести депрессии по разным методикам.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа показателей тяжести депрессии, полученных с помощью методик HADS, HDRS, MADRS, BDI

Методики	Коэффициент корреляции
HADS депрессия/ HDRS депрессия	0,47*
HADS депрессия/ MADRS депрессия	0,49*
HADS депрессия/ BDI депрессия	0,70*
HDRS депрессия/ MADRS депрессия	0,50*
HDRS депрессия/ BDI депрессия	0,61*
MADRS депрессия/ BDI депрессия	0,75*

\*  $p \leq 0.001$

Таким образом, рассматривая подростковую депрессию как этиопатогенетический механизм невротических и психосоматических расстройств, можно отметить, что:

1) доминирование того или иного вида депрессии приводит к различным психосоматическим заболеваниям во взрослом состоянии;

2) невротические расстройства легче возникают у взрослых людей, если они перенесли депрессию в детстве или подростковом возрасте;

3) подростковая депрессия приводит к продолжению депрессии во взрослом состоянии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ануфриев А.К.* Скрытые эндогенные депрессии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978, №6.
2. *Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. М., 1964.
3. *Десятников В.Ф.* Скрытая депрессия в практике врача. Минск, 1991.
4. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. Санкт-Петербург, 1996.
5. *Личко Е.А.* Подростковая психиатрия. Л., 1985.
6. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. М., Медицина, 1986.
7. *Bomba J.* La depression chez l'adolescent. Etude psychologique et epidemiologique. Confrontatus Psychiatriques, 1988.
8. *Marcelli D.* Notes sur les relations entre depression et suicide a l'adollscence. Neuropsy. Enf. Adol, 1985.